CONCOURS POUR L'AGRÉGATION (1892)

— SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS —

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr RENÉ CONDAMIN

LYON

PITRAT AINÉ, IMPRIMEUR DES FACULTÉS

Alexandre REY successeur

4, RUE GENTIL, 4

1892





I

TITRES UNIVERSITAIRES ET HOSPITALIERS

Externe des hôpitaux de Lyon
— Concours 1883 —

Interne des hôpitaux de Lyon
— Concours 1884 —

Aide d'Anatomie a la Faculté
— Concours 1887 —

Prosecteur a la Faculté
— Concours 1889 —

Chef de Clinique a la Faculté
— Concours 1890 —

Lauréat des Hopitaux (Prix Bouchet)
Internat 4e année, section de Chirurgie
— Concours 1888 —

Lauréat de la Faculté
Prix des Thèses (Médaille de bronze)

Membre de la Société des Sciences médicales

II

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1. Fracture de la voûte du crâne avec enfoncement des fragments.
   (Lyon Médical, 1887).
   (Mémoires et comptes rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon, 1887).
2. Rupture traumatique de l'urètre. Éclatement de la vessie.
   (Lyon Médical, 1887).
   (Mémoires et comptes rendus de la Société des Sciences médicales).
3. Note sur un cas de lio-myôme du testicule.
   (Lyon Médical, 1887).
4. Corps mobile intra-articulaire d'origine traumatique.
   (Lyon Médical, 1887).
5. Scrofulides tuberculeuses de la peau.
   (Lyon Médical, 1888).
6. Subluxations de la rotule en dehors par un mécanisme non décrit.
   (Mémoire de candidature au titre de membre de la Société des sciences médicales de Lyon).
   (Lyon Médical, 1888).
7. Pathogénie des diverses ostéites (Prix Bouchet, section de chirurgie).
   (Mémoire présenté pour le concours d'Internat, quatrième année, section de chirurgie).
   (Province médicale, 1888).
8. Recherches expérimentales, pour déterminer le point le plus déclive de la fosse iliaque dans la position couchée.

9. Trépanation du bassin comme traitement de la psoïte.
(Thèse de doctorat, Lyon 1889, Médaille de bronze).
(Librairie J.-B. Baillière et fils).

10. Contribution à l'étude des voies collatérales de la circulation veineuse du membre inférieur.
(Expériences en collaboration avec M. Jaboulay).
(Thèse de Brico, Lyon, 1889).
(Lyon Médical, 1889).

11. Appendice iléo-cæcal.
(Province Médicale, 1891).

12. Note sur deux bassins coxalgiques.
(En collaboration avec M. Adenot).
(Revue d'orthopédie, 1891).

13. Pyoctanine et cancer.
(Province Médicale, 1891).

14. Contribution à l'étude des suppurations à pneumocoques.
(Lyon Médical, 1892).
(Mercredi Médical, 1892).

15. Recherches anatomiques et expérimentales sur la trépanation du bassin chez l'enfant.
(Province Médicale, 1892).

16. **Pathogénie des diverses ostéites.**
(In-8. — 170 pages, 1892, librairie J.-B. Baillière et fils).

17. Tératome. — Maxillaire supérieur inclus dans un kyste dermoïde et porteur de dents et d'odontomes.
(Lyon Médical, 1891).

18. Kystes congénitaux du cou avec œdème particulier des membres, chez un fœtus de 4 mois.
(Province Médicale, 1892).

19. Absence complète d'ossification de la voûte crânienne chez un nouveau-né.
(Province Médicale, 1891).

20. Fœtus basiotripsié, ayant survécu quinze minutes, après son extraction.

(Province Médicale, 1892).

21. Kyste dermoïde du cuir chevelu.

(Lyon Médical, 1887).

22. Monstre double sternopage.

(Lyon Médical, 1890).
(Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales).

23. Note sur un monstre pseudencéphalien.

(Province médicale, 1892).

I

ÉTUDES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

1. Contribution à l'étude des voies collatérales de la circulation veineuse du membre inférieur (10)

Nous avons entrepris, dans notre *Étude sur les voies collatérales de la circulation veineuse du membre inférieur*, des dissections et des injections pour chercher par des procédés un peu différents de ceux employés jusqu'alors, comment s'effectuait le rétablissement du courant centripète quand la voie principale était oblitérée. La méthode que nous avons employée est celle des injections circulantes substituées à celles des injections coagulantes.

Nous sommes ainsi arrivé à déterminer trois grandes voies collatérales principales, par lesquelles pouvait se faire le retour du sang veineux dans les cas d'oblitération de la veine fémorale.

1° Une voie postérieure, la plus large empruntant les veines ischiatiques et fessières ;

2° Une voie antéro-interne, par l'intermédiaire des veines honteuses externes, obturatrices et quelques veines du côté opposé ;

3° Une voie postérieure profonde, empruntant les veines rachidiennes sacrées, lombaires et azygos.

Dans cette étude, faite en collaboration avec M. Jaboulay, nous avons

fait ressortir l'importance de ces faits en chirurgie et établi que les cas de gangrène qui ont été signalés après la ligature de la veine fémorale étaient la conséquence non d'un défaut de circulation collatérale, mais d'une infection qui, amenant de la phlébite et de la thrombose, oblitérait ces nombreuses anastomoses reliant les veines principales à tout un système anastomotique voisin, toujours largement suffisant pour le rétablissement de la circulation veineuse du membre inférieur.

2. Appendice iléo-cæcal (11)

L'étude que nous avons faite de l'appendice iléo-cæcal est une sorte d'introduction à l'histoire des appendicites. Nous avons surtout cherché dans ce travail, qui ne présente pas de notions nouvelles, à expliquer par l'anatomie certaines particularités pathologiques des lésions appendiculaires. Nous avons insisté sur la position éminemment variable de l'appendice et essayé de montrer que là était peut-être la cause de la migration parfois insolite du pus.

Nous avons en effet trouvé signalés des appendices dont la position par rapport au cæcum expliquait la migration du pus suivant les cinq types décrits par Gerster : 1° abcès ilio-inguinal ; 2° abcès antérieur ; 3° abcès postérieur, placés entre le cæcum et la fosse iliaque ; 4° abcès rectal et 5° abcès formé en dedans du cæcum au milieu des anses agglutinés de l'intestin grêle.

3. Étude sur la fosse iliaque interne et externe dans ses rapports avec la trépanation du bassin chez l'adulte (9)

Dans notre thèse inaugurale nous avions émis l'hypothèse que la prédominance des psoïtes à droite devait être en rapport précisément avec

les appendicites : C'est ce que des recherches plus recentes semblent confirmer, car les rapports entre l'appendice et la fosse iliaque sont tellement intimes qu'il serait surprenant que l'inflammation de l'un ne retentît pas sur l'autre. Ces rapports de la fosse iliaque, nous les avons étudiés dans le chapitre de notre thèse consacrée à l'étude du canal iliaque :

Le *fascia ilica* est loin de présenter partout la même résistance ; chez certains sujets nous l'avons vu envoyer entre le psoas et l'iliaque une mince expansion aponévrotique, généralement réduite à une toile cellulo-fibreuse, mais qui peut-être à l'état pathologique pourrait suffire à brider le pus soit dans le psoas soit dans l'iliaque. Dans quelques injections au suif que uous avons pratiquées pour élucider ce point, nous avons pu constater que, quand l'injection était poussée lentement et sous une faible pression à la partie interne du psoas, elle restait limitée à ce muscle. Si, au contraire, on l'effectuait brusquement, toute la fosse iliaque était remplie.

L'étude des rapports de la fosse iliaque interne et surtout du point le plus déclive de cette fosse avec la région fessière étaient le point de départ de notre travail sur la trépanation du bassin comme traitement de la psoïte. Après avoir déterminé, par des expériences que nous relaterons plus loin, ce point de déclivité maxima de la fosse iliaque dans la position couchée, nous avons montré, le scalpel en mains, que l'on pouvait aborder sûrement ce point en prenant le milien d'une ligne qui réunissait les épines iliaques supérieures, antérieures et postérieures. Les rapports de ce même point osseux dans la fosse iliaque externe sont favorables à une intervention chirurgicale. Il correspond, en effet, approximativement à l'interstice de séparation du grand et du moyen fessier. Le petit fessier ne s'insère sur lui que par quelques fibres insignifiantes. Enfin, ce qui est plus important, les troncs principaux de la fessière qui se portent, l'un en arrière, entre le grand fessier et les pelvi-trochantériens, et l'autre en avant, entre le moyen et le petit fessier, en formant deux arcades à concavité inférieure, sont situés sensiblement au-dessous du lieu d'élection que nous avons indiqué pour la trépanation iliaque dans le psoïte.

4. Recherches anatomiques sur la trépanation du bassin chez l'enfant (15)

Nous avons complété cette étude de la fosse iliaque publiée dans notre thèse par quelques recherches sur ce même sujet, mais chez les enfants aux différents âges, et nous avons pu en tirer quelques conclusions intéressantes au point de vue chirurgical.

Tout d'abord le point le plus mince de la fosse iliaque chez l'enfant est situé très légèrement au-dessus du milieu de la donnée linéaire que nous avons établie pour la trépanation du bassin chez l'adulte, mais le point de déclivité maxima, reste toujours sur le milieu de cette ligne. Au reste, comme conséquence de ces recherches, nous sommes arrivés à cette conclusion que la trépanation dans le psoïte était moins utile chez les enfants que chez les adultes, car chez eux la cavité iliaque osseuse interne était remplacée par une surface à peu près plane au moins jusqu'à huit ou neuf ans. Par conséquent, chez l'enfant il y a absence de point de déclivité maxima dans la position couchée. La trépanation, du reste, chez l'enfant serait sinon plus difficile, du moins plus pénible, car il n'y a pas, jusqu'à l'âge de huit ou neuf ans, de points amincis comme chez l'adulte. En tout cas, les données linéaires pour la trépanation du bassin dans les cas de psoïte chez l'adulte sont les mêmes chez l'enfant.

II

ÉTUDES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ET CLINIQUES

1. Note sur deux bassins coxalgiques (12)

Dans une note en collaboration avec le Dr Adenot, nous avons fait la description de deux bassins coxalgiques ayant déterminé des modifications assez importantes du côté des os qui constituent les détroits supérieurs et inférieurs. Nous avons surtout insisté sur ce fait que les déformations sont différentes suivant qu'il y a après la coxalgie ankylose ou au contraire luxation.

Dans le premier cas, il existait une ankylose coxo-fémorale droite en flexion et adduction forcée. Le détroit supérieur avait la forme oblique ovalaire. D'autre part, toute la partie correspondant à l'ankylose était le siège d'un atrophie très marquée. La diminution des diamètres portait surtout sur le détroit inférieur et l'on pouvait constater des déformations très appréciables sur les figures qui étaient annexées à notre travail dans la *Revue d'Orthopédie*.

Le second bassin était un type différent. Il s'agissait d'une coxalgie ancienne ayant déterminé une luxation spontanée par usure de la tête fémorale. La tendance à l'oblique ovalaire était beaucoup moins marquée, l'atrophie n'existait presque pas du côté de la lésion, mais en plus il y avait une légère tendance à l'aplatissement antéro-postérieur.

2. Fracture de la voûte du crâne avec enfoncement des fragments (1)

C'est la relation d'une observation d'enfoncements multiples des fragments de la plus grande partie d'un côté de la voûte crânienne. Hémorragie grave venant du sinus longitudinal supérieur. Mort rapide.

3. Corps mobile intra-articulaire d'origine traumatique (4)

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Poncet un cas de corps mobile intra-articulaire d'origine traumatique. La pathogénie de sa production, que l'on pouvait suivre pas à pas était intéressante à étudier à un moment où l'origine osseuse et traumatique de coupe intra-articulaire n'était que peu connue et révoquée en doute par les auteurs les plus recommandables. Il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, qui en traînant une voiture à bras, fut entraîné à une descente et violemment projeté sur le sol. Il se fit une entorse violente au genou, avec hémarthrose et quand le gonflement eut disparu, on put constater la présence d'un corps mobile intra-articulaire.

4. Fracture du bassin; rupture du canal de l'urètre. — Éclatement de la vessie (2)

C'est la relation d'une observation suivie d'autopsie dans laquelle, il fut possible de constater, outre des fractures multiples du côté de l'arc antérieur du bassin, une rupture du canal de l'urètre et, fait plus intéressant, un éclatement de la vessie dans l'intérieur de la cavité péritonéale. Il existe en effet à la partie postéro-supérieure de la vessie une ouverture du volume d'une pièce de cinq francs. On ne trouve pas du côté de la séreuse péritonéale de trace d'inflammation. Il n'y a pas davantage trace d'urine. Néanmoins en raison des circon-

stances qui ont présidé à l'accident, on est forcé d'admettre que l'arc antérieur du bassin a appuyé violemment sous l'influence du traumatisme sur une vessie pleine (le malade était en état d'ivresse) et la fait éclater. S'il n'est survenu aucune réaction inflammatoiro du côté du péritoine (fait peu connu au moment où nous publions cette observation), c'est que l'urine était aseptique et qu'elle a été résorbée dans sa totalité comme des expériences plus récentes l'ont démontré de la façon la plus catégorique.

5. Note sur un cas de lio-myôme de l'épididyme (3)

Il n'existait dans la science au moment de la publication de cette note que trois ou quatre cas de lio-myôme de l'épididyme ou du testicule. Ils ont été publiés par Billroth, Rokitansky et Héricourt.

Le cas dont nous relatons l'observation a été recueilli dans le service du professeur Poncet et avait été diagnostiqué sarcôme épididymaire.

L'examen micrographique, soumis au Dr Bard chef des travaux d'anatomie pathologique, montra que ce néoplasme était formé presque exclusivement de cellules fusiformes musculaires avec leur noyau caractéristique.

6. Scrofulides tuberculeuses de la peau (5)

Relation d'un cas de scrofulides tuberculeuses de la peau du dos de a main où le diagnostic avait présenté de nombreuses difficultés à cause de la ressemblance avec des lésions d'un tout autre ordre.

7. Subluxation en dehors de la rotule par un mécanisme non décrit (6)

Le malade qui fait l'objet de cette étude fut observé dans le service du professeur Ollier. Il avait été opéré autrefois par M. Julliard, de Genève, pour une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur.

L'incision qui avait conduit sur le foyer était dirigée, comme on peut en juger par la cicatrice, perpendiculairement à la direction des vastes internes dont les fibres ont été fatalement intéressées.

Le malade eut d'autres récidives et d'autres interventions, mais qui ne nous intéressent point. Puis, petit à petit, il éprouva une certaine gêne de la motilité du membre inférieur, gêne qui était en rapport non avec sa lésion osseuse ancienne, mais avec une luxation ou plutôt une subluxation progressive de la rotule en dehors.

En examinant les choses de près, nous avons pu nous rendre compte du mécanisme qui avait présidé à cette déformation : Les fibres du vaste interne qui vont se fixer à l'aileron interne de la rotule et le tendent, ayant été sectionnées, il en est résulté une action prépondérante du vaste externe, qui peu à peu a entraîné la rotule en dehors. En même temps la partie interne de la face postérieure de la rotule, n'étant plus en contact avec le condyle fémoral correspondant, s'est développée dans le sens de l'épaisseur.

8. Pathogénie des diverses Ostéites (16).

In-8, 170 pages, Librairie J.-B. Baillière et Fils.

Cette étude sur la pathogénie des ostéites, que nous avons fait précéder d'un essai de classification basée sur les grands processus pathogéniques des maladies, tels qu'ils ont été étudiés par M. Bouchard, ne

peut être analysée ici. Nous nous contentons d'en donner les divisions générales et les sommaires.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Les grands processus pathogéniques des maladies: 1° les dystrophies élémentaires primitives; 2° les réactions nerveuses; 3° les troubles préalables de la nutrition; 4° l'infection. — Combinaisons fréquentes de plusieurs de ces processus. — Classification pathogénique des diverses ostéites, basée sur les données précédentes. — Que faut-il entendre par ostéites? — Qu'est-ce que la pathogénie?

PREMIÈRE PARTIE

PATHOGÉNIE DES OSTÉITES PAR DYSTROPHIES ÉLÉMENTAIRES PRIMITIVES

I. Ostéite, périostite et nécrose phosphorés. — Pathogénie.

Historique. — Les uns en font une affection dans laquelle le phosphore ne joue aucun rôle (Dupasquier, Ebel). — Les autres en font une affection générale (Lorinser, Adams) ou une maladie locale Strohl) ou une affection mixte (Méars). — Opinion de Roussel et Bibra sur le rôle joué par les lésions dentaires dans les ostéites phosphorées. — Nécessité de la carie pénétrante (Magitot). — Trélat insiste sur l'influence des glandules gingivales.

Mode d'action du phosphore sur le tissu osseux. Opinion de Selter et de Simon.

I. Ostéite et nécrose par intoxication mercurielle, chromique, arsenicale. — Pathogénie.

1° *Mercure*. — Idées anciennes sur les lésions osseuses, déterminées par le mercure. — Confusion avec les lésions que détermine la syphilis. — Le mercure agit comme un corps étranger, qui stimule les propriétés osteogéniques de l'os. Expériences de Buch.

2° *Acide chromique*. — Agit surtout localement comme caustique.

3° *Arsenic*. — Travaux récents de Brouardel et Pouchet, sur la présence d'arsenic dans le tissu spongieux des individus et animaux intoxiqués par ce produit. — Les lésions microscopiques ne sont pas connues.

III. Ostéite des tourneurs de nacre. — Pathogénie.

Historique. — Recherches d'Englisch, de Oussenbaur, de Frémy. — Opinion de Oussenbaur sur la pathogénie de cette ostéite. — Autre opinion assimilant cette affection à celle que l'on provoque en injectant du mercure dans l'artere nourriciere d'un os. — Recherches infructueuses de Layet sur les ouvriers nacriers de Paris.

IV. Ostéites et ostéo-périostites traumatiques. — Pathogénie.

La lésion dépend moins de l'agent physique que de l'infection ou de la non-infection.

Le traumatisme est plutôt une cause occasionnelle que déterminante. — Qu'est-ce que l'ostéite de croissance au point de vue pathogénique ?

Des ostéo-périostites traumatiques proprement dites. — Ostéo-périostite des scieurs de long (Poncet).

DEUXIÈME PARTIE

PATHOGÉNIE DES OSTÉITES PAR RÉACTION NERVEUSE

Ostéites nerveuses. — Pathogénie.

Ne sont-ce pas plutôt des troubles trophiques que des ostéites ? Historique. — Pathogénie.

Troubles vaso-moteurs (théorie abandonnée). — Le plus grand nombre des auteurs en font une lésion de la moelle épinière. — Le bulbe serait également atteint quelquefois (Seeligmuller et Buzzard). — Lésions des nerfs périphériques (Mac-Adle, Déjerine). — État actuel de la question.

TROISIÈME PARTIE

PATHOGÉNIE DES OSTÉITES DIATHÉSIQUES PAR TROUBLES PRÉALABLES DE LA NUTRITION

I. Ostéite rhumatismale. — Pathogénie.

Historique. — Adams, Charcot, Gosselin, Cadiat et Féréol, etc. — Le rhumatisme osseux est-il une ostéite ? — Processus divers de l'ostéite rhumatismale. — Résumé des opinions émises sur sa nature intime. — Mode d'action de l'agent morbigène rhumatismal sur les os. — Doctrine de l'embolie. — Doctrine infectieuse. — Théorie névrotrophique. Théorie humorale. — Théorie de Bouchard.

II. Ostéite déformante de Paget. — Pathogénie.

Est-ce une véritable ostéite ? Analogie et différence avec l'ostéomalacie. — Présence fréquente d'hyperostoses. — Rapports douteux avec la syphilis et le cancer. — Rapports cutanés avec la goutte et le rhumatisme. — Reproduction chez les animaux de cette dystrophie par section nerveuse.

III. Ostéites scorbutiques. — Pathogénie.

La lésion primitive est une hémorragie sous-périostée. — Lieux d'élection de ces ostéites. — Maxillaires, thorax, bassin. — Forme simple, plastique. — Forme suppurée.

IV. Ostéo-périostite albumineuse. — Pathogénie.

Synonymie. — Historique. — Quelques faits expérimentaux. — Pathogénie : c'est une manifestation rhumatismale (Ollier, Poncet, Duplay). — C'est une lésion infectieuse ou inflammatoire (Nicaise, Lannelongue, Heydenreich, Roser). — Ganglion périostal (Riedinger). — Classification des ostéo-périostites albumineuses d'après A. Poncet.

QUATRIÈME PARTIE

OSTÉITES PAR INFECTION. — PATHOGÉNIE

I. Ostéomyélite des adolescents. — Pathogénie

Historique. — Étude des agents morbigènes. — De l'existence simultanée de plusieurs espèces d'agents infectieux dans un même foyer ostéo-myélitique. — Portes d'entrée du microbe. — Mode d'action des agents infectieux. — Des conditions qui favorisent l'éclosion des ostéomyélites.

II. Ostéomyélite chronique d'emblée. Ostéomyélite prolongée. — Pathogénie.

Ce qu'il faut entendre par ostéomyélite chronique d'emblée. — Ses rapports avec l'ostéite tuberculeuse et l'ostéomyélite infectieuse. — Hypothèse d'une infection atténuée, ou d'agents moins virulents. — L'ostéomyélite prolongée serait également causée par une atténuation provisoire de la virulence de l'agent infectieux — Hypothèse de la transformation des microbes.

III. Ostéo-périostite a Staphylocoques, Streptocoques, Pneumocoques. — Pathogénie.

En quoi ces lésions diffèrent des ostéomyélites dites des adolescents. — Caractères des ostéo-périostites à streptocoques. — Idées de M. Lannelongue sur une espèce de streptocoques à virulence atténuée. — Caractères des ostéo-périostites à pneumocoques. — Modes d'invasion du tissu osseux par le pneumocoque. — 1° Migration directe. — 2° Transport par le sang. — 3° Métastase.

IV. Ostéo-périostites a bacille d'Eberth ou post typhiques. — Pathogénie.

Prédilection du bacille typhique pour la moelle osseuse. — Sa vitalité prolongée dans les os. — Ostéo-périostites à forme plastique et à forme suppurée. — Les ostéo-périostites post-typhiques peuvent avoir une évolution absolument chronique. — Conditions favorables au développement du bacille d'Eberth dans les os. — Hypothèse de Chantemesse sur les conditions qui président à ses fonctions pyogènes. — Expériences de Gabriel Roux sur le mélange du bacille d'Eberth avec le staphylocoque.

V. Ostéo-périostites consécutives aux fièvres éruptives.

Rareté des lésions osseuses après les fièvres éruptives. — Difficulté d'étudier la pathogénie d'une complication de maladie première à agent infectieux encore mal connu. — Recherches de Barrié sur la périostite variolique. — Ses analogues avec la périostite albumineuse. — Hypothèse de Golgi, de Bidder sur sa pathogénie. — Critiques.

VI. Ostéites a forme névralgique. — Abcès des os. — Pathogénie.

Rapports des abces des os et des ostéites à forme névralgique. — Identité de processus inflammatoire. — Frequence chez les femmes. — Rôle manifeste de l'hysterie. — Compression de filets nerveux : 1° par du pus ; 2° par de l'os de nouvelle formation. — Nevrite possible. — Prolifération des tubes de Remak.

VII. Ostéites tuberculeuses. — Pathogénie.

Difference, au point de vue pathogénique, du bacille de Koch et du staphylocoque. — Historique. — Processus évolutif. — Susceptibilité variable du tissu osseux pour la tuberculose, suivant la vascularisation plus ou moins grande. — Rapports et différences de la tuberculose et de la scrofule. — Tentatives d'atténuation.

VIII. Ostéo-périostites syphilitiques. — Pathogénie.

Analogies des lésions osseuses dues à la syphilis avec les autres manifestations de cette maladie. — Rôle de la moelle osseuse. — Fréquence des lesions médullaires, rareté des nécroses. — Infections mixtes et suppurations.

IX. Périostites blennorragiques. — Pathogénie.

Identité de structure des zones parostales et paraarticulaires. — Migration du gonocoque. — Influence du rhumatisme sur son developpement. — Applications aux périostites des théories pathogéniques émises sur la nature des arthrites blennorragiques.

X. Ostéo-périostites morveuses. — Pathogénie.

Propagation au périoste des inflammations morveuses sous-cutanées. — Opinion de Virchow sur les manifestations primitives de la morve dans les os du crâne. — Malléomycées de Hallier et leur rôle dans les ostéites.

XI. Ostéites actinomycosiques. — Pathogénie.

Historique. — Étude pathogénique de l'actinomycose chez les animaux. — Différence de l'actinomycose chez ceux-ci et chez l'homme. — Pathogénie de l'actinomycose osseuse chez l'homme. — Portes d'entrée : cavités bucco-pharyngienne, muqueuse broncho-pulmonaire, tractus intestinal. — Cultures, inoculations.

III

ÉTUDES EXPÉRIMENTALES

1. Recherches expérimentales sur la trépanation du bassin (9).

Les recherches d'amphithéâtre que nous avons faites ont porté sur les points suivants :

Première série d'expériences : Détermination du point le plus déclive du canal iliaque dans la position horizontale.

Deuxième série d'expériences : Détermination du point le plus déclive du canal iliaque dans la position couchée des malades atteints de psoïte.

Troisième série d'expériences : Vérification des résultats précédents au moyen d'un liquide placé dans la fosse iliaque interne.

Quatrième série d'expériences : Détermination du point de la fosse iliaque externe qui correspond au point de déclivité maxima de la fosse iliaque interne.

Cinquième et sixième séries d'expériences : Injection de suif

dans le canal iliaque et implantation de clous par la fosse iliaque externe.

Nous sommes ainsi arrivés à déterminer :

1° Qu'il existait un point de la fosse iliaque interne, qui dans la position couchée des malades atteint de psoïte, correspond à la déclivité maxima du canal iliaque.

2° Que ce point correspondait précisément à l'endroit où le bassin présente son maximum de minceur.

3° Que ce point correspondait au milieu d'une ligne qui réunit sur la fosse iliaque externe, les deux épines iliaques supérieures, antérieure et postérieure.

2. Recherches anatomiques et expérimentales sur la trépanation du bassin chez l'enfant (15)

Nous avons voulu constater par des recherches anatomiques et des expériences analogues à celles que nous avions entreprises précédemment chez l'adulte, si les données linéaires que nous avions indiquées étaient les mêmes chez l'enfant et aux différents âges.

Nous sommes arrivés à ces conclusions :

1° Chez l'enfant, jusqu'à l'âge de sept ou huit ans les fosses iliaques internes ne présentent qu'une concavité insignifiante. On a une surface à peu près plane et d'autant plus plane qu'on se rapproche davantage de la naissance.

2° Chez l'enfant, la fosse iliaque osseuse a moins d'irrégularité dans son degré d'épaisseur.

3° Le centre de la fosse iliaque osseuse chez l'enfant est beaucoup plus épais que le point correspondant chez l'adulte. Chez le premier,

on ne peut constater cette transparence toujours appréciable chez l'adulte.

4° La concavité de la fosse iliaque interne tend à s'établir à partir de huit à dix ans, à partir de ce moment aussi, on voit le centre de cette fosse perdre de son épaisseur et acquérir un certain degré de transparence.

3. Pyoctanine et Cancer (13)

Nous relatons dans cette étude les tentatives de traitement du cancer par le pyoctanine. Nous indiquons les tentatives faites dans ce sens soit à l'hôpital général de Vienne dans les salles de Mosetig-Moorhof, soit à Paris dans les services de Ledentu, Reclus et Quénu. Enfin nous relatons l'observation d'une malade atteinte de cancer utérin que nous avons traitée par la tinctothérapie. A la suite de ce traitement nous avons pu constater une amélioration très sensible. Les pertes étaient moins abondantes et surtout avaient perdu toute fétidité.

L'état général s'était sensiblement amélioré, et la tumeur n'avait pas augmenté de volume pendant les quatre mois où elle a été l'objet de ce traitement à la pyoctanine. Mais de là à une guérison absolue, comme l'ont prétendu certains chirurgiens d'outre-Rhin, il y a loin.

4. Note sur les suppurations à pneumocoques (14)

Dans cette noté, nous relatons une observation de suppurations multiples survenues chez un jeune homme pendant l'influenza et à la suite d'une otite avec perforation spontanée du tympan.

Ces abcès, qui évoluaient d'une façon anormale, se montrèrent surtout sur les membres, dix-huit furent ouverts au thermo-cautère et guérirent avec une grande rapidité. Le pus fut examiné et cultivé ; il donna

naissance à des cultures absolument pures de pneumocoques. Il y avait une grande discordance entre les symptômes locaux qui étaient en somme peu accentués et les troubles généraux qui en imposèrent au début pour une infection purulente.

5. Expériences pour déterminer les voies collatérales de la circulation veineuse du membre inférieur (en collaboration avec M. Jaboulay) (**10**)

Ces expériences, qui sont relatées eu détail dans la thèse du doctorat de Brico (Lyon, 1889), constituent trois séries.

Première série d'expériencs démontrant une voie postérieure, la plus large de toutes, et empruntant les veines ischiatiques et fessières.

Ligature sur la veine fémorale à la base du triangle du scarpa, ou encore pour imiter ce que l'on est quelquefois obligé de pratiquer sur le vivant, ligature double et ablation de la partie intermédiaire.

Puis par la saphène interne, injection d'eau fortement colorée avec du violet d'aniline.

L'injection revenait abondamment par les branches et le tronc de l'hypogastrique, pour se répandre ensuite dans les iliaques des deux côtés et la veine cave.

A la dissection nous trouvions les veines fessières et ischiatiques fortement colorées par l'injection.

Deuxième série d'expériences, déterminant la présence d'une voie collatérale antéro-interne se faisant par la veine obturatrice et par les anastomoses des honteuses externes avec les veines du bassin et les honteuses du côté opposé.

Ligature comme précédemment sur la fémorale : oblitération du courant anastomotique postérieur par la ligature du trouc de l'hypogastrique. Puis injection circulante par la saphène interne. Gouflement du bout périphérique de l'hypogastrique : puis retour de l'injection dans

l'iliaque primitive, soit par l'obturatrice soit par les anastomoses des honteuses externes entre le côté droit et gauche.

Troisième série d'expériences déterminant la présence d'une voie postérieure, profonde empruntant les veines rachidiennes sacrées, lombaires et azygos.

Ligature de la veine fémorale, oblitération de la voie postérieure et antéro-interne par la ligature des deux iliaques primitives.

Injection comme précédemment. — L'injection doit être poussée lentement et l'on voit les veines azygos et lombaires se gonfler petit à petit.

IV

ÉTUDES DE MÉDECINE OPÉRATOIRE

1. Manuel opératoire de la trépanation du bassin pour psoïte. — Critiques des procédés. — Procédé de l'auteur. — Indications (9)

A la suite des expériences d'amphithéâtre que nous avons relatées plus haut, nous sommes arrivés à cette conclusion qu'il existait un point de la fosse iliaque interne qui représentait, dans la position couchée des malades atteints de psoïte, le lieu de déclivité maxima pour le pus. C'est là qu'il faut trépaner. Le procédé de M. le professeur Verneuil, qui trépane le bassin vers la crête iliaque postérieure, laisse une partie du pus stagner dans le point le plus déclive du canal iliaque et que nous avons déterminé plus haut. D'autre part, il faut traverser une épaisse couche de tissu spongieux à travers laquelle le pus s'écoulera en pouvant donner lieu plus facilement qu'avec notre procédé à des infections secondaires.

Le procédé de M. Weiss consiste à pratiquer la trépanation du bassin sur le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque postéro-supérieure au sommet du grand trochanter.

La trépanation, dans ce cas, porte beaucoup trop en dedans. Elle se trouve sensiblement plus basse et plus en dedans que le point de décli-

vité maxima que nos expériences ont démontrées. On est exposé en outre à rencontrer une des branches importantes de la fessière. D'autre part, on est obligé de trépaner dans un point où l'épaisseur de l'os est considérable.

Voici le procédé opératoire que nous proposons pour la trépanation du bassin dans les cas de suppuration du canal iliaque.

A. Données linéaires. Milieu d'une ligue réunissant les épines iliaques antéro-supérieure et postéro-supérieure.

B. Incision cutanée cruciale, dont le centre passe par le milieu de la ligne des épines iliaques supérieures. La première est parallèle à la direction des fibres du grand fessier ; la deuxième perpendiculaire à celle-ci.

C. Incision de l'aponévrose sur le bord antéro-externe du grand fessier. — Écartement des fibres musculaires jusqu'au plan osseux.

D. Incision cruciale du périoste et son décollement.

E. Trépanation unique, double. Brèche avec la gouge.

F. Draiuage : 1° simple ; 2° compliqué d'opérations complémentaires.

2. Remarque de Médecine opératoire à propos de l'ouverture des abcès situés à la partie interne de l'extrémité inférieure du fémur (6)

Nous avons déjà insisté à propos d'une observation de subluxation de la rotule par un mécanisme non décrit, sur le rôle que jouent les fibres inférieures du vaste interne dans la position occupée par la rotule. Nous faisous remarquer, à ce sujet, la possibilité d'aborder ces abcès de

l'extrémité antéro-interne du fémur, sans intéresser les fibres du vaste interne. L'incision peut en effet toujours ménager les fibres musculaires que l'on rencontre là. On le peut soit en la dirigeant parallèlement à ces fibres, soit en la faisant passer dans l'interstice du couturier et du vaste interne.

V

ÉTUDES D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE TÉRATOLOGIQUE

1. Kystes congénitaux du cou avec œdème particulier des membres sur un fœtus de quatre mois (18)

Sur un fœtus de quatre mois et demi nous avons observé de chaque côté du cou deux kystes séro-hématiques uniloculaires. Les cas de kystes congénitaux ont très rarement été observés sur des fœtus, mais ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la présence d'un œdème particulier des membres supérieurs et inférieurs avec des étranglements formés par des brides dermiques. Au niveau du pied on croirait avoir affaire à un début d'amputatiou spontanée. A propos de ce cas qui nous semble en faveur de la théorie lymphatique des kystes congénitaux du cou, nous émettons l'hypothèse que chez ce fœtus les kystes du cou et les boules d'œdèmes séparés par les brides dermiques que l'on trouve sur les membres ne sont qu'une seule affection à des degrés différents d'évolution.

2. Kyste dermoïde du cuir chevelu (11)

C'est la relation d'une observation de kyste dermoïde du cuir chevelu, siégeant chez une femme de vingt-quatre ans, dans la région bregmatique. Ce cas, que M. le professeur Poncet nous avait engagé à publier, était intéressant à un moment où l'on connaissait peu ces kystes en dehors de la zone des fentes branchiales. Depuis M. le professeur Lannelongue nous a montré dans son magistral traité des kystes congénitaux que ces cas ne sont pas extrêmement rares.

3. Tératome. — Maxillaire supérieur inclus dans un kyste dermoïde et porteur de dents et d'odontomes (17)

Nous avons observé dans le service gynécologique de notre maître, le professeur Fochier, une pièce tératologique rare. Chez une femme porteur d'un kyste de l'ovaire, on trouva dans le voisinage du pédicule de la tumeur cinq à six kystes dermoïdes renfermant des cheveux et la matière grasse caractéristique de ce dernier genre de tumeur. En outre, dans l'un de ces kystes et soudé à ses parois, on trouve un maxillaire supérieur avec rebord alvéolaire revêtu de dents et d'odontomes. En avant de ce rebord existe un repli cutanéo-muqueux recouvert de poils longs et adhérents. Le tronc simule assez bien une lèvre supérieure. En arrière de la voûte palatine et adhérente à elle se trouve un autre repli divisé en deux par une saillie qui ressemble à un vestige de luette.

La dissociation de cette pièce au scalpel ne permet pas de trouver les pièces primitives qui entrent dans la constitution du maxillaire supérieur.

4. Fœtus basiotripsié ayant survécu quinze minutes après son extraction (20)

Basiotripsie pour rétrécissement du bassin extrême chez une femme au terme de sa grossesse. Issue de toute la matière cérébrale. Broiement de la base du crâne. Après l'extraction on vit le basiotribe restant en place, les battements du cœur continuer avec une fréquence et une intensité un peu plus grande que de coutume.

Toutes les deux minutes un effort inspiratoire violent. Au bout de quinze à vingt minutes les mouvements cardiaques et respiratoires diminuent progressivement jusqu'à cessation complète. A l'autopsie nous avons constaté que la substance cérébrale avait été en totalité expulsé du crâne, que le bord était broyé, mais que la partie supérieure du bulbe seule avait été détruite.

5. Absence complète d'ossification de la voûte crânienne chez un nouveau-né (19).

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature obstétricale de cas d'absence complète de voûte crânienne osseuse comme dans le cas que nous relatons : l'accouchement fut normal, mais donna lieu à des erreurs de diagnostic de présentation.

C'est à peine si l'on constate au niveau des points osseux pariétaux une légère plaque parcheminée grande comme une pièce de 50 centimes. Exophtalmie très marquée dès que l'enfant crie ou qu'on lui comprime, même légèrement, le cerveau.

Six mois après sa naissance l'ossification crânienne de cette enfant n'était pas encore normale.

La mère avait vu ses règles persister pendant les six premiers mois de sa grossesse.

Faut-il voir dans ce fait une explication de cette absence d'ossification ?

6. Monstre double sternopage (22)

Fœtus parfaitement constitués, à part la soudure qui s'étendait depuis la partie supérieure du sternum jusqu'à l'ombilic qui était unique.

7. Note sur un monstre pseudencéphalien (23)

Ce monstre est du sexe masculin. Il pesait 2^{kg},800 et mesurait 52 centimètres. Hydramnios concomitant : après l'écoulement des eaux, mouvements convulsifs du fœtus qui avec les signes fournis par le toucher permettent de porter le diagnostic d'anencéphale.

Présentation de la face.

La respiration s'est établie normalement : quelques cris, mais irréguliers. La moindre pression sur une masse fongueuse qui surmonte la tête détermine des mouvements convulsifs du côté des membres.

Ce monstre a vécu trois jours.

A l'autopsie on constate une absence complète de la voûte crânienne et de l'encéphale. Le bulbe qui existe se continue en haut avec une masse vasculaire dans laquelle se trouvent de nombreux kystes.

C'est à la catégorie des nosencéphaliens qu'appartient ce monstre pseudencéphale.

Lyon. — Imp. Pitrat Aîné, A. Rey Successeur, 4, rue Gentil. — 4103